167

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907 N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 février 1907, à 1 heure

PAR

Auguste HARRIET

Externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

IRITIS CHRONIQUES

Président : M. RECLUS, *Professeur*

Juges : MM. KIRMISSON, *Professeur*
SEGOND, *Professeur*
DUVAL Pierre, *Agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

ALFRED LECLERC, ÉDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1907

MEIS ET AMICIS

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder notre sujet, nous voulons remplir un devoir de reconnaissance envers nos maîtres dans les hôpitaux, et leur témoigner notre gratitude pour les enseignements et les marques d'intérêt dont ils ont bien voulu nous entourer pendant le cours de nos études médicales.

Monsieur le professeur Reclus, chirurgien de l'hôpital de la Charité, dont nous avons suivi la Clinique au début de nos études, a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il nous permette de lui offrir respectueusement l'hommage de notre profonde reconnaissance.

Nous ne pouvons qu'adresser un souvenir ému à la mémoire de notre maître, le docteur Cuffer, enlevé trop tôt à l'affection de tous ceux qui l'ont approché.

Nous avons eu pour maîtres M. le professeur agrégé Rénon dans la Clinique Médicale, M, le professeur Pozzi dans la Clinique gynécologique. Nous les prions de recevoir l'assurance de notre sincère reconnaissance pour l'intérêt qu'ils nous ont toujours témoigné.

En médecine générale, il nous a été donné de suivre l'enseignement élevé de M. le docteur Florand, nous avons

reçu de ce maître de nombreuses marques de sympathie que nous ne saurions oublier. Qu'il daigne agréer nos hommages les plus reconnaissants et les plus dévoués.

M. Faisans, médecin des hôpitaux, M. Chaput, M. Riche M. J.-L. Faure, M. Proust, chirurgiens des hôpitaux, M. Champetier de Ribes, accoucheur des hôpitaux, furent nos maîtres intermédiaires, nous leur adressons également l'expression de notre vive gratitude.

C'est avec un sentiment de profonde reconnaissance que nous prions M. Morax de recevoir nos plus sincères remerciements. Il nous a été donné de suivre, comme externe ses savantes leçons, et de recevoir à la clinique ophtalmologique un enseignement à la fois pratique et élevé.

M. le docteur Jocqs, après nous avoir avec sa bienveillance habituelle, initié à l'étude de l'ophtalmologie, a bien voulu nous inspirer cette thèse. Nous saisissons avec joie cette occasion de lui dire la reconnaissance et la respectueuse affection que nous lui avons vouées depuis que nous avons l'honneur de suivre sa clinique.

INTRODUCTION

Le terme d'iritis, réveille dans notre esprit une idée bien différente de celle que cette expression désigne en réalité. Aussitôt, en effet : on se représente un œil rouge, à réactions violentes, à phénomènes aigus d'une intensité considérable. Et pourtant, si l'iritis aiguë répond à cette description, combien en diffèrent les caractères de l'iritis chronique ; ils en diffèrent tellement qu'ils passent souvent inaperçus, ou sans qu'on y attache grande importance. C'est que, en général, on ignore cette marche lente de l'affection, on ne connaît pas cette forme d'iritis dans laquelle la douleur n'existe pas, où la lésion s'établit sournoisement, lentement, sans que le malade cherche une cause aux légers troubles dont il est le témoin.

Un des premiers cas, qui ont attiré notre attention, fut celui d'une malade, envoyée par un confrère à la clinique de notre maître, M. Jocqs, pour des troubles probables de réfraction. L'œil était emmetrope et le diagnostic d'iritis chronique fut porté. Le lendemain le médecin traitant fort surpris, venait demander quelques explications. Ce fait, maintes fois constaté depuis, nous a décidés à traiter ce sujet dans notre thèse de Doctorat. Notre désir le plus vif

est d'attirer l'attention sur cette question des iritis chroniques, en essayant d'en décrire les symptômes et de rechercher leur pathogénie.

Toutes les iritis à forme lente, à rechutes fréquentes entrent dans le cadre des iritis chroniques ; mais, est-ce à dire pour cela qu'elles ne se différencient pas entre elles ? Elles sont chroniques, il est vrai, dans leur évolution ; mais, bien diverses par leurs symptômes, leur pathogénie et surtout par leur pronostic.

L'allure rapide de l'iritis aiguë, la douleur vive qu'elle provoque, la photophobie, l'injection intense de l'œil, sa guérison relativement rapide, la distingue nettement de l'iritis chronique à symptômes peu ou pas douloureux, à faibles réactions, mais dont les traces sont durables et causent souvent de graves désordres dans l'organe de la vision.

Quelques notions d'embryologie nous semblent nécessaires pour différencier au point de vue anatomique les diverses couches des membranes de l'iris. Ces données nous permettront de voir que distinctes de par leur origine, ces membranes réagissent diversement contre les infections, et de ce fait ont chacune leur symptomatologie particulière.

EMBRYOLOGIE

La vésicule optique, première ébauche de la partie nerveuse de l'appareil de la vision est formée par la première vésicule cérébrale, ou cerveau antérieur.

Au début de la vie embryologique, la vésicule se déprime en cupule, se renfle à son extrémité et devient ainsi piriforme. Son sommet arrive bientôt au contact de l'ectoderme qui pousse un bourgeon vers la vésicule, bourgeon qui se pédiculise, se détache et vient former le cristallin.

La vésicule primitive est ainsi transformée en une sorte de capuchon, dans la partie antérieure duquel le cristallin se développe ; c'est ce que l'on nomme la vésicule optique secondaire.

En ce moment, l'évolution histologique se produit ; la vésicule continue à se creuser, son tissu se différencie et donne naissance à deux membranes accolées l'une à l'autre. La membrane antérieure a reçu le nom de feuillet distal ; l'autre, la postérieure, c'est feuillet proximal. Plus tard, dans un stade plus avancé, ces deux couches d'origine nerveuse formées par l'invagination du cerveau, constitueront la rétine.

La membrane postérieure est uniquement pigmentaire

et va former les cellules pigmentaires de la couche postérieure de la rétine. L'antérieure, est composée de cellules nerveuses et conserve ses caractères histologiques jusqu'à l'ora serrata.

Ce développement de la rétine ne se fait pas simultanément dans toutes ses parties ; il commence au pôle postérieur et est de plus en plus tardif à mesure qu'on approche de la périphérie.

Poursuivant son évolution la partie antérieure de la rétine continue à s'étendre en surface, mais s'est réduite à deux couches de cellules, une pour chacune des parois de la vésicule primitive. D'autre part, au niveau du corps ciliaire, cette double couche épithéliale subit un maximum de développement en surface, entraînant la formation de nombreux plis qui vont tapisser la face antérieure du corps et les procès ciliaires.

A partir de l'ora serrata, le feuillet proximal reste pigmenté et vient doubler la face postérieure de l'iris. Le feuillet distal se différencie à ce niveau en cellules cylindriques ; ces cellules se pigmentent à leur tour au contact des procès ciliaires, et continuant leur route vont s'accoler au feuillet proximal et former avec lui la partie rétinienne de l'iris.

Poursuivant une évolution particulière, le segment antérieur de l'iris, le corps ciliaire, la choroïde, se sont également développés. Cette membrane uvéale est composée dans son ensemble par la différenciation des éléments mésodermiques appliqués sur la rétine. Ils forment au-

tour de la rétine une sorte de gaîne qui vient envelopper les éléments nerveux de l'œil.

Le voile irien est donc constitué par deux parties bien distinctes ; l'une, antérieure d'origine mésodermique, constitue le tissu propre parenchymateux de l'iris ; l'autre, postérieure épithéliale, de formation endodermique, a une origine nerveuse.

On peut, par conséquent, considérer le segment postérieur de l'iris, comme étant un prolongement de la rétine et une lésion de cette région ne serait en somme qu'une lésion de la rétine.

Cette couche épithéliale pigmentaire, est simplement accolée à la partie intégrante de l'iris, comme la plèvre est accolée au poumon. Du reste, il n'existe aucune communication ni vasculaire ni nerveuse entre ces deux parties de l'iris, et alors que le parenchyme irien est abondamment pourvu de vaisseaux et de nerfs, la partie épithéliale en est dépourvue.

Les inflammations de l'iris ont souvent leur retentissement au niveau du corps vitré, et l'embryologie nous en donne l'explication. Le corps vitré secondaire se développe, en effet, au dépend de la rétine ; il naît à la périphérie du corps vitré primitif au contact de la rétine, et Tornatola a démontré qu'il est formé par des fibrilles provenant directement des cellules rétiniennes. On comprend donc que toutes les lésions de la rétine ou de ses prolongements iriens, puissent avoir leur contre-coup au niveau du vitré et y provoquer des troubles.

Ce court aperçu d'embryologie nous montre les deux origines distinctes de l'iris. On peut donc concevoir une inflammation du tissu parenchymateux sans que la partie épithéliale soit atteinte. La ligne de démarcation n'est pas nette, les deux segments peuvent réagir également à la même infection et être atteints dans leur totalité. Le fait du reste se constate dans les autres parties de l'organisme humain ; ne voit-on pas souvent la plèvre réagir à une lésion du parenchyme pulmonaire ? Enfin, il peut exister des cas, où seule la partie rétinienne de l'iris soit atteinte, sans qu'il y ait participation du segment antérieur. Dans ce cas, la lésion est localisée à l'uvée et donne lieu à des symptômes particuliers, nettement distincts des signes qui caractérisent les autres lésions de l'iris. L'affection évolue pendant de longues années, ayant une marche spéciale à réactions peu accusées, c'est l'Uvéite.

SYMPTOMATOLOGIE

Iritis aiguë. — L'iritis aiguë donne lieu, le plus fréquemment à des phénomènes d'irritation générale de l'iris. Le voile irien a perdu son brillant habituel, il semble terne surtout à l'examen comparé ; c'est que le liquide de la chambre antérieure n'a plus sa transparence ordinaire ; des exsudats tantôt blanchâtres, tantôt jaunâtres s'accumulent dans la partie la plus déclive, pour y former un croissant d'hypopion.

L'examen minutieux de la pupille a une importance capitale ; c'est elle, en quelque sorte la clef du diagnostic. On la trouve rétrécie, fortement contractée, réagissant mal à la lumière qui provoque des oscillations lentes et de peu d'amplitude.

Tout autour de la cornée on constate une sorte d'anneau vasculaire extrêmement étroit, formé par des vaisseaux très nombreux et très grêles, donnant à cette région une teinte violacée caractéristique, c'est l'anneau périkératique.

La chambre antérieure distendue par l'exsudat est agrandie, l'iris est refoulé en arrière et va s'accoler contre le cristallin. Les synéchies postérieures se rencontrent

dans l'iritis aiguë ; mais ce n'est plus là, un caractère de l'infection propre du segment antérieur de l'iris, dans ces cas, le tissus épithélial est également touché et les synéchies postérieures en sont la meilleure preuve.

Les troubles fonctionnels accusés par le malade ne peuvent pas caractériser l'affection qui nous intéresse, mais le plus souvent ils mettent sur la voie du diagnostic ou confirment celui-ci encore en suspens.

L'iritis aiguë est une affection douloureuse avec de véritables crises ; le malade localise son mal dans la région péri-orbitaire, avec des points sus et sous-orbitaires ordinairement assez précis. La photophobie est le plus souvent intense, et ce symptôme, en l'absence de lésions cornéennes doit faire penser à une iritis. — Enfin, l'acuité visuelle est abaissée dans des proportions considérables, mais le malade s'en soucie peu pour le moment : cette affection passant au second plan, dominée qu'elle est, par le symptôme essentiel, la douleur.

Tels sont les caractères généraux de l'iritis aiguë ; mais il ne faut pas en conclure que toutes les iritis à forme aiguë seront calquées sur ce modèle ; l'étiologie, le terrain, l'intensité de l'infection en font varier la symptomatologie, en y ajoutant des caractères particuliers.

SYMPTOMATOLOGIE DES IRITIS CHRONIQUES

Nous comprenons sous le nom d'iritis chronique, non pas une affection lente et prolongée succédant à une iritis aiguë, mais une maladie spéciale du voile irien, se distinguant dès le début de son évolution par ses symptômes, sa marche et sa pathogénie.

Iritis séreuse. *Forme bénigne*. — Depuis longtemps on connait l'iritis chronique, mais la variété la mieux étudiée est surtout l'iritis séreuse. Les auteurs anciens lui ont donné diverses appellations. Van Hasner, 1847, la nommait *hydro-méningite*, Duche, 1855, la désignait sous le nom d'*iritis superficielle*, et enfin, de Wecker l'appelait *lymphangite antérieure*.

Cette même maladie a encore reçu le nom de *descemétite*, *kératite ponctuée postérieure* (Sichel), d'*Aquo-capsulite*, Wardrop, d'après les symptômes exclusivement remarqués à la face postérieure de la cornée et dans la chambre antérieure. On attribuait les lésions à l'inflammation d'une membrane hyaloïde qui devait tapisser comme un sac séreux, les chambres antérieure et pos-

térieure de l'œil et être en rapport avec l'enveloppe du corps vitré. Le terme *aquo-capsulite*, était basé sur une erreur physiologique attribuant à la membrane de Descemet la secrétion de l'humeur aqueuse.

Que la dénomination d'iritis séreuse soit ou non justifiée, il est certain que cette variété d'iritis chronique présente des caractères tout particuliers. L'intensité des symptômes est peu accusée, la douleur est supportable, la photophobie atténuée. Mais ce qui frappe, de suite, à l'examen du malade, c'est la forme et les caractères particuliers de l'exsudation qui s'est produite. On constate, en effet, à la partie postérieure de la cornée, la formation de petits amas d'une teinte grise ou brunâtre et adhérents à cette paroi. La disposition en est aussi remarquable, car ils affectent la forme d'un triangle à base inférieure dont le sommet atteindrait le centre de la pupille. Les plus gros exsudats siègent à la base, les autres de plus en plus petits s'étagent jusqu'au sommet du triangle.

Diverses interprétations ont été données à la nature et à la formation de ces exsudats. Aujourd'hui, on a tendance à les considérer comme des conglomérats cellulaires siègeant dans l'humeur aqueuse et agglutinés par de la fibrine. Les mouvements du globe oculaire, joints aux lois de la pesanteur, contribueraient à leur donner cette disposition spéciale qui les caractérisent.

Les synéchies postérieures se rencontrent rarement dans cette forme d'iritis chronique, et lorqu'elles existent elles sont peu dangereuses; cela s'explique par la pro-

duction relativement minime des exsudats plastiques.

Quelques légers troubles du vitré viennent compléter ce tableau de l'iritis séreuse bénigne. Là, se bornent souvent tous les symptômes de cette affection : symptômes, en général, peu intenses, et comportant un pronostic favorable ; car, la lésion guérit fréquemment sans laisser de traces, et un traitement approprié peut éviter la production de nouvelles poussées.

Iritis séreuse. *Forme grave.* — Les symptômes qui caractérisent l'iritis séreuse grave, ont une allure bien différente. Ici, l'exsudation est très abondante, elle peut affecter la forme triangulaire de l'iritis bénigne, mais il y a aussi et surtout de l'*hypopion*. Des masses spongieuses se localisent un peu partout dans la chambre antérieure et forment des amas blanchâtres qui s'aplatissent en arrière de la cornée. L'iris, en effet, semble bombé, projeté en avant, regorgeant d'exsudats qui encombrent la chambre postérieure. C'est là, où l'exsudation est la plus abondante, cette partie en est pour ainsi dire envahie ; la région ciliaire douloureuse à a pression, est le siège principal de la maladie, et y déverse constamment des produits de sa sécrétion.

Plus tard, quand la période aiguë est passée, la chambre antérieure qui semblait diminuée, s'agrandit. C'est que les exsudats se sont resorbés et ont laissé à leur place des synéchies postérieures, synéchies qui attirent l'iris en arrière pour l'accoler contre la face antérieure du cristal-

lin, et forment ainsi des adhérences qu'il est difficile de détacher.

On attribue un rôle prépondérant à l'action des synéchies postérieures, dans la pathogénie des récidives. Leur importance est capitale surtout lorsque ces adhérences sont totales, mais il faut tenir un grand compte de la cause elle-même de la maladie, de l'état constitutionnel, diathésique du malade.

D'autres lésions viennent compléter le cadre de l'iritis séreuse grave. Le corps vitré, à peine touché dans la forme bénigne, est ici gravement atteint, de nombreux exsudats flottent dans sa substance, et se déposent au repos dans sa partie la plus déclive. La tension de l'œil qui dans les autres cas n'avait pas éprouvé de variation, entre en jeu. Augmenté au début de l'affection, le tonus s'abaisse dans le stade terminal ; c'est là, un grave symptôme de l'évolution de la maladie, car il est la conséquence des troubles nutritifs de l'œil et marque le début de l'atrophie du globe oculaire. L'acuité visuelle qui à chaque crise diminuait légèrement, suit une progression rapide pour aboutir bientôt à la cécité complète, avec décollement complet de la rétine. Le globe oculaire diminue de volume : la cornée a perdu sa transparence, elle est devenue plus petite et a pris une teinte grisâtre : l'iris atrophié est venu s'accoler contre sa paroi postérieure, enfin le cristallin s'opacifie, le corps vitré se désorganise. C'est le tableau de la phtisie du globe.

Tous ces symptômes se rencontrent à des degrés varia-

bles suivant l'intensité de l'affection : mais le pronostic en est sombre, car la thérapeutique est le plus souvent impuissante et ne peut pas lutter contre les progrès de la maladie.

Uvéite.—Ce fut Grandclément qui au Congrès d'Ophtalmogie de Paris, en 1891, la différencia nettement des autres lésions oculaires et en fixa les caractères principaux.

Ce qui frappe, tout d'abord, c'est que le symptôme douleur n'existe pas à proprement parler. Il y a bien quelques maux de tête, des douleurs à la tempe, mais la malade n'y attache pas d'importance et croit à un trouble passager.

L'affection débute par de petites poussées fluxionnaires ; on la rencontre le plus souvent chez la femme (quatre-vingt-dix-sept pour cent, Grandclément) entre dix-sept et cinquante ans.

Ce sont des accès d'une durée assez courte, à peine cinq à six jours, attaquant alternativement chacun des deux yeux. Du reste, les phénomènes qui accompagnent ces crises sont peu inquiétants ; l'œil est à peine rouge, douloureux seulement à la pression, la photophobie n'existe presque pas, le larmoiement est peu accusé.

La vision cependant est assez rapidement atteinte, la malade voit au travers d'« un brouillard, au sein duquel voltigent une multitude de points noirs avec quelques ronds lumineux et phosphorescents, tous phénomènes que la malade appelle volontiers un *papillotage*, sans pouvoir

bien préciser ce qu'elle entend par cette expression. » Grandclément.

Ce trouble particulier serait dû, à notre avis, à des réactions rétiniennes spéciales. L'embryologie nous montre, en effet, que la partie épithéliale de l'iris est un prolongement de la rétine ; or, c'est précisément à ce niveau que se trouve le siège de l'affection ; il est donc admissible que la rétine en ressente le contre-coup et réagisse à sa manière.

La cornée semble normale, la chambre antérieure ne présente rien de particulier, l'iris garde sa coloration, les pupilles sont égales.

Puis, tout rentre dans l'ordre, et il ne reste de cette première poussée qu'une légère diminution de l'acuité visuelle dont le malade ne se soucie pas.

A quelques mois d'intervalle, une nouvelle crise se produit, tantôt sur le même œil, tantôt sur l'autre, sans que les phénomènes d'irritation soient plus accentués. Une seule chose inquiète la malade : la vision qui s'était ressentie de la première atteinte a encore baissé, et c'est toujours pour ce motif, qu'elle se décide après plusieurs années de poussées successives, à venir consulter le médecin.

Les lésions que l'on constate à cette période de l'évolution sont peu en rapport avec les signes qui ont accompagné la marche de la maladie. Si les symptômes accusés par la malade ont une faible intensité, par contre les troubles occasionnés sont considérables.

L'œil a conservé sa forme, l'iris sa coloration, mais l'éclairage oblique montre quelques exsudats pigmentaires et de nombreuses *synéchies postérieures*. Une goutte de *cocaïne* instillée dans l'œil dilate la pupille, mais les adhérences postérieures ne cèdent pas ; elle prend alors une forme irrégulière, avec des pointes et des anses alternant avec des concavités, qui lui donnent un aspect particulier.

Les corps flottants existent quelquefois dans le vitré ; mais le plus souvent ce n'est qu'un léger trouble, qu'on doit rechercher à un fort grossissement et qui donne à la papille optique un aspect flou et un peu nuageux. Ici encore, la rétine entre en jeu, car c'est elle, qui occasionne ces troubles au corps vitré, montrant par là, le rapport embryologique étroit qui unit l'épithelium irien à la rétine.

Si on n'intervient pas à temps, la maladie poursuit son cycle, les synéchies qui n'étaient que partielles deviennent totales ; elles forment une barrière que l'humeur aqueuse ne peut plus franchir et il se produit alors des phénomènes d'hypertension. Les synéchies, en effet ne se bornent pas toujours à un seul point de la surface irienne, à la seule partie atteinte pendant la poussée fluxionnaire ; souvent tout l'iris épithélial est pris ; il est appliqué en masse contre la cristalloïde antérieure et ne laisse aucun passage à l'humeur aqueuse. C'est dans ces cas surtout que les phénomènes d'hypertension sont manifestes et qu'une intervention précoce est d'une grande utilité.

Ces crises successives, cette couronne de synéchies pos-

térieures ont porté un grave préjudice à l'acuité visuelle. Parfois très abaissée, la vision peut être nulle ; mais jamais cette cécité ne s'accompagne d'atrophie du globe oculaire comme dans les autres formes d'iritis.

ETIOLOGIE

Iritis aiguë. — Aucune cause générale ne peut entrer en comparaison avec la syphilis pour la production de l'iritis. Le plus habituellement il s'agit d'une manifestation de la syphilis acquise ; mais la syphilis héréditaire peut être aussi incriminée dans un bon nombre de cas ; soixante-dix pour cent des cas, suivant les auteurs, reconnaissent cette étiologie, et l'importance en est si grande que dans les cas douteux on institue parfois, à tout hasard, le traitement spécifique.

Après la syphilis, le rhumatisme est le facteur le plus important dans la genèse des iritis. On retrouve ici cette affection associée à d'autres manifestations du tempérament rhumatismal, mais rarement on la voit coïncider avec une attaque, dont elle est plutôt un signe précurseur.

Dans la blennorrhagie, surtout lorsque cette affection est passée à l'état chronique, l'iritis se rencontre parfois ; c'est une manifestation relativement peu fréquente, mais dont on doit tenir compte, lorsqu'on est en présence d'un adolescent ou d'un adulte.

L'iritis aiguë peut-être encore due à d'autres causes. Il

y a une iritis tuberculeuse, comme il y a une iritis de la lèpre ; elle se rencontre parfois dans les maladies infectieuses, surtout à la période de convalescence. Enfin, nous mentionnerons, les iritis consécutives à un traumatisme oculaire, dont l'importance est considérable au point de vue medico-légal.

Iritis séreuse. — L'iritis séreuse s'observe en général, chez des individus jeunes ; la femme semble particulièrement prédisposée à cette affection, mais quoique plus rare, elle peut également se développer chez l'homme.

Ce sont, le plus souvent des individus, des femmes à tempérament lymphatique, leur état général trahit une fatigue peu en rapport avec la force de l'organisme, en un mot, ce sont des affaiblis. Mais tel n'est pas le caractère essentiel de cette affection ; la véritable cause du mal, c'est dans l'utérus qu'il faut la rechercher.

Le travail de Cohn (*Uterus und Auge*, *Bergman* Wiesbaden, 1890), la très intéressante observation de M. Trousseau (*Iridio-choroïdite cataméniale*. Société d'Ophtalmologie de paris, 1890), la thèse de Gendron (*affections oculaires d'origine utérine*, 1890), la thèse de Janot (*Œil utérin*, 1892), ont démontré l'importance de ce facteur, et ont établi d'une façon indéniable les rapports étroits qui unissent l'œil aux organes génitaux de la femme.

En 1891, de Wecker (*Iritis métritique*, Semaine médicale)

venait confirmer cette opinion : « *Dés que chez une femme nous avons constaté la présence d'une iritis ou d'une irido-choroïdite que n'explique ni la syphilis, ni le rhumatisme, le concours d'un gynécologiste nous confirme bientôt que dans l'utérus, ou alentour de cet organe, il se trouve un foyer infectant, dont la suppression fait cesser les manifestations oculaires.* »

Chez l'homme, cette étiologie est plus difficile à élucider. Cette affection se montre habituellement chez des jeunes gens vigoureux, sans tare syphilitique, ni rhumatismale ; en un mot, aucun signe qui puisse mettre sur la voie d'une étiologie certaine.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas typique à la clinique de notre maître M. Jocqs :

Il s'agit d'un jeune boucher âgé de dix-huit ans, vigoureux et de bonne santé apparente ; il venait consulter uniquement pour un léger trouble de la vision. L'aspect extérieur de l'œil ne présentait rien de particulier, sauf un léger cercle périkératique insignifiant.

A l'examen ophtalmoscopique de l'œil avec un fort verre convexe, on voyait à la face postérieure de la cornée, un semis de petites taches brunâtres formant par leur assemblage une couche triangulaire à sommet supérieur ; taches assez discrètes, au reste, et qui ne gênaient que peu la vision. La pupille moyennement dilatée et mobile présentait de légères synéchies qui cédèrent rapidement sous l'influence de l'atropine.

Un traitement général par le calomel, le fer et l'arsenic fut institué. Localement, l'atropine, la dionine et la pommade jaune produisirent le meilleur effet.

La durée de la maladie, toutefois, fut assez longue, et la guérison ne survint qu'au bout de plusieurs semaines de traitement

Tout comme chez la femme on trouve le foyer initial de l'affection dans l'utérus, chez l'homme on peut parfois découvrir dans l'appareil génito-urinaire une cause de la maladie.

De nombreuses observations viennent à l'appui de cette thèse ; je me bornerai à citer ici, le cas de M. Trousseau relaté à la Société d'ophtalmologie de Paris, 1894, *Iritis et irido-choroïdite infectieuse ;* l'intéressante observation de mon maître M. Jocqs (*Ténonite suppurée*, Clinique ophtalmologique, *Mai* 1905), où l'infection oculaire débuta par une iritis séreuse avec hypopion.

Ces faits montrent qu'en dehors de la blennorrhagie, le canal de l'urèthre et de la vessie peuvent être le point de départ d'une infection générale avec localisation oculaire.

Très caractéristique, à ce point de vue, est encore le cas de M. Brun (*Presse Médicale*, 1893,) où la poussée d'iritis qu'il a observée était la sixième depuis sept ans. Chaque poussée était survenue en même temps qu'évoluaient les accidents urineux dépendants eux-mêmes d'un retrécissement de l'urèthre.

Telle, nous semble, dans ses grandes lignes, l'étiologie la plus fréquente des iritis séreuses. Elle nous montre clairement, le rapport intime qui unit la pathologie oculaire à l'appareil génito-urinaire.

Uvéite. — Dans cette forme d'iritis, il est encore fréquent de retrouver une cause dans l'appareil génital. Mais,

ce n'est plus ici une lésion déterminée, une infection utérine bien caractérisée qui entraîne ces troubles oculaires. Souvent, ce sont des femmes arrivées à l'époque de la ménopause, parfois des jeunes filles dont la puberté est retardée, d'autres fois enfin des dysménorrhéiques, des femmes à règles douloureuses et irrégulières.

L'hérédité n'entre pas en jeu, les antécédents personnels de ces malades n'offrent aucun caractère permettant de dépister la cause de cette affection, en un mot, pas d'étiologie bien claire.

« *Ce sont*, dit Grandclément, *toujours ou presque toujours des personnes de condition modeste, de mœurs régulières travaillant pour subvenir à leurs besoins, peinant même beaucoup, vivant peut-être dans des locaux et appartements humides et malsains... Mais, en général, elles paraissent jouir d'une assez bonne santé, à part l'affection oculaire.* »

Cependant cette coïncidence des troubles utérins avec les poussées d'uvéite a attiré notre attention. De plus, un autre symptôme nous semble devoir être pris en considération ; c'est que la plupart de ces malades étaient des constipés. La constipation dans ces cas était opiniâtre, constante, et le plus souvent la malade n'allait à la selle qu'au moyen de purgatifs journaliers.

Il est fréquent de constater cette atonie du tube intestinal surtout chez la femme, mais ce symptôme maintes fois constaté, ces poussées d'uvéite concordant avec une période de constipation plus accentuée, nous ont donné

à penser qu'il pourrait exister un rapport étroit entre cette affection intestinale et la lésion oculaire que nous étions appelés à traiter.

Dans d'autres cas, enfin, le mauvais fonctionnement du rein, l'élimination incomplète des déchets de l'organisme pourraient encore expliquer l'étiologie de l'uvéite.

Déjà, Grandclément avait émis l'idée qu'il s'agissait peut-être d'une auto-intoxication, d'une dépuration incomplète de l'organisme par les urines, en un mot, d'une insuffisance du filtre rénal. Ses conclusions, à ce sujet, ne sont pas bien précises ; le résultat des examens qu'il a pratiqués ne semble pas porter un grand appoint à l'appui de cette thèse.

Qu'il nous soit permis de rapporter ici, le cas d'un malade atteint d'uvéite et dont les antécédents répondent bien au tableau de l'auto-intoxication rénale.

Observation. — Il s'agit d'un homme âgé de quarante-huit ans, tonnelier, qui se présente à la consultation de Saint-Germain-en-Laye, parce que depuis six mois environ, il voit trouble. Il n'a jamais eu mal aux yeux et avait une excellente vision jusqu'à cette époque. Depuis lors, il a remarqué, que tantôt un œil, tantôt l'autre était légèrement rouge. Il n'en souffrait pas, tout au plus ressentait-il une gêne légère. Cet état, durait de deux à quatre jours, puis, tout rentrait dans l'ordre, mais son acuité visuelle baissait toujours.

Les antécédents sont bons ; sauf une congestion pulmonaire qu'il aurait eu; il y a environ cinq ans. Pas d'antécédents spécifiques. Ethylique, il accuse son métier de le forcer à boire ; mais, un examen plus minutieux nous montre qu'il est atteint d'une lésion rénale bien caractéristique. Il se plaint en effet, d'uriner beaucoup, et doit se lever trois et même quatre fois la nuit. L'examen de ses urines, négatif au point de vue de l'albumine et du sucre, nous montre une densité faible. Son pouls est tendu, ses artères sinueuses et dures ; au cœur, on entend un bruit de galop qui

vient confirmer le diagnostic de néphrite ; enfin, il est très sensible au froid, et l'accuse d'être la cause de tous ses malheurs.

O. D. — L'examen oculaire, nous montre la conjonctive bulbaire de l'œil droit légèrement rouge ; à l'éclairage oblique, la cornée semble normale, et ne présente pas de dépôts ponctués. La pupille est irrégulière, de nombreux dépôts pigmentaires recouvrent la cristalloïde antérieure, enfin l'iris est accolé en partie contre le cristallin par des synéchies postérieures. Les dépôts pigmentaires, ne permettent pas d'éclairer le fond de l'œil. La tension intra-oculaire semble légèrement augmentée.

O. G. — L'œil gauche, qui au dire du malade est plus fréquemment atteint, semble pourtant avoir des lésions moins importantes. La cornée est normale, les réflexes pupillaires normaux. L'éclairage oblique montre des exsudats pigmentaires et de légères synéchies postérieures, la chambre antérieure est peu agrandie. Les milieux plus facilement éclairables accusent cependant un léger trouble du vitré.

La tension n'est pas modifiée, la pupille semble normale.

OD. V = 0,2	+ 0,50 V = 0,2
OG. V = 0,6	+ 1 V = 0,7

Les symptômes observés chez ce malade cadrent bien avec les caractères que nous avons donnés de l'uvéite ; pour l'expliquer nous ne trouvons dans les antécédents aucune lésion, autre que son mal de Bright, à laquelle on puisse rattacher cette iritis chronique, Pas de syphilis, pas de rhumatisme, rien du côté de son tube digestif, on ne trouve enfin que la lésion rénale.

Cette observation va à l'appui de l'hypothèse qu'émettait Grandclément au sujet de l'étiologie de l'uvéite ; c'est aussi notre opinion. Mais plus peut-être que dans le rein, c'est dans l'état du tube intestinal, c'est dans l'insuffisance des sécrétions menstruelles qu'il faut rechercher, en règle générale, la cause la plus fréquente de cette intoxication.

PATHOGÉNIE DES IRITIS CHRONIQUES

« *Les lésions de la membrane interne de l'œil sont souvent sous la dépendance d'une autre affection de l'organisme. Parmi celles-ci, les unes sont absolument indépendantes de toute infection microbienne exogène* (diabète, albuminurie) : *les autres, sont de véritables métastases infectieuses. L'œil, en effet, au point de vue des métastases, est une sorte d'infundibulum de l'organisme où peuvent aboutir tous les agents infectieux. Il est exposé à l'envahissement comme le foie et le poumon qui sont divisés en lobules, ayant chacun son autonomie vasculaire. L'œil aussi dans son ensemble, est une sorte de lobule, puisqu'il a une circulation à peu près, indépendante de celles des organes voisins.* » (Jocqs, *Congrès de Médecine de Bordeaux, 1895.*)

Dans ce même ordre d'idées, Panas dans son rapport à la *Société Française d'Ophtalmologie, 1897*, s'exprimait en ces termes : « *Sous le titre d'auto-infection oculaire, on doit entendre l'infection de l'œil ou de ses annexes par la voie de la circulation ; que les germes et les toxines, voire les poisons, proviennent du dehors, ou qu'il s'agisse de déchets de l'organisme surabondants et incomplètement élimi-*

nés par les émonctoires naturels (utérus, rein, foie, tube digestif, peau et poumons). »

Telle est la définition que donne Panas de la question qu'il a si magistralement traitée, et plus loin, il ajoute : « *Le traumatisme et le surmenage des viscères ainsi que de l'œil, y font un appel aux processus morbides, mais ils ne sauraient créer la maladie de toutes pièces sans l'intervention d'un principe infectieux.*

« *En somme, deux facteurs interviennent pour créer les entités morbides spontanées dont l'appareil oculaire est le siège. En premier lieu, un agent pathogène charrié par le sang ; en second lieu, l'état constitutionnel du malade, autrement dit, le terrain.* »

La pathogénie ne nous fait pas voir ici, un organe atteint par la propagation d'une lésion de voisinage, soit par une lésion nerveuse ou une lésion dynamique, du système cardio-vasculaire ; l'œil semble atteint dans sa vitalité, par l'altération du sang ; que cette altération provienne de microbes pathogènes partis d'un point infecté de l'organisme, ou bien que cette infection du sang provienne des produits de la dénutrition, de toxines ou de poisons.

Mais, pourquoi le retentissement de cette infection va-t-il se faire sentir à l'appareil de la vision ? Pourquoi les autres organes n'en subissent-ils pas également les conséquences. Et, d'abord rien ne prouve que tout l'organisme ne soit aussi atteint ; des localisations tantôt pulmonaires, tantôt hépatiques surviennent fréquemment à la suite de

ces infections. Mais lorsqu'on peut en suivre l'évolution clinique, c'est qu'à leur niveau se sont développées des lésions graves, qui ont déterminé des réactions sérieuses. Combien de fois aussi,ne voit-on pas des malades se plaindre de troubles généraux, de malaises indéterminés, que l'on met sur le compte d'un trouble passager, sans en rechercher la véritable cause.

Par contre, quand ces symptômes, si faibles soient-ils frappent l'appareil de la vision, aussitôt le malade les perçoit ; car, l'œil est un organe d'une sensibilité exquise, d'une utilité de tout instant, et le moindre trouble dans son fonctionnement régulier est une cause de gêne pour le malade.

Du reste, on a souvent essayé d'expliquer cette localisation oculaire, et la diversité des motifs invoqués est la meilleure preuve de notre ignorance.

Panas attachait une importance capitale au traumatisme, et au surmenage de l'œil, qui en font un lieu de moindre résistance. Il est certain que la question de terrain est ici considérable, mais il faut également tenir compte de la nature même de l'infection, de la nature de l'agent pathogène. Je n'en veux pour exemple que le bacille de Weecks qui, au niveau de la conjonctive oculaire, se multiplie et prolifère à plaisir : l'infection s'y localise, et pourtant, la sécrétion des larmes déverse continuellement dans les voies lacrymales des flots de microbes qui respectent la muqueuse nasale, sans jamais y occasionner le moindre phénomène inflammatoire.

Cette localisation peut encore s'expliquer par la constitution anatomique de l'œil. La membrane irido-choroïdienne à une vascularisation remarquable ; les vaisseaux s'anastomosent entre eux et forment d'innombrables lacis au-travers desquels se fait la circulation oculaire. Le sang venant des vaisseaux de l'iris, de la choroïde et du corps ciliaire sort en grande partie par les veines étoilées de la choroïde (*vasa vorticosa*). C'est là, en général, que se localise l'infection ; c'est à ce niveau que, le plus souvent, les microbes venant de la circulatiou générale déterminent des lésions dont les conséquences sont parfois si désastreuses.

Quelle que soit la cause de cette localisation spéciale de l'agent pathogène : ce qu'il importe de connaître, c'est son mode de propagation, ce sont les rapports qui unissent les lésions oculaires avec les affections générales de l'organisme.

AFFECTIONS DE L'APPAREIL GÉNITAL.

Les maladies infectieuses de l'utérus et de ses annexes ont une influence prépondérante dans la pathogénie des iritis chroniques. Nous avons cité à ce sujet, les travaux de de Wecker, Cohn, et Trousseau. qui montrent la corrélation qui existe entre les lésions de ces organes et l'appareil oculaire.

La muqueuse de l'utérus est le plus souvent la porte d'entrée de l'infection. A l'état normal, la cavité utérine est close et les microbes qui pullulent dans le vagin n'y peuvent pénétrer. Mais qu'une cause quelconque, la menstruation par exemple, entr'ouvrant l'orifice interne du col, leur livre passage, aussitôt ils envahissent l'utérus, et peuvent y occasionner des troubles sérieux.

Dans la menstruation, en effet, la muqueuse utérine desquamée présente des anfractuosités où peuvent séjourner les microbes, et de là, pénétrer dans les capillaires sanguins, pour aller ensuite exercer leur action nocive sur tout l'organisme.

La fréquence des troubles oculaires liés à la menstruation n'est pas un fait nouveau. De Wecker, Salies ont in-

sisté sur cette question. Au moment des règles, comme le dit Cohn, il existe une congestion normale au niveau des veines du tractus uvéal. Chez un sujet prédisposé, il n'est pas étonnant, que l'infection vienne se localiser en ce point : et la lésion une fois organisée, il est facile d'expliquer les nombreuses rechutes, coïncidant avec les mêmes périodes.

A plus forte raison, quand il existe une affection de l'utérus peut-on comprendre l'origine de cette infection oculaire. Le rapport entre ces troubles est parfaitement établi par l'analogie de la marche des deux affections, s'aggravant et s'améliorant en même temps.

Toutes les lésions inflammatoires de l'utérus et de ses annexes peuvent provoquer des troubles oculaires. Cependant, la clinique journalière nous montre la plus grande fréquence des iritis métritiques. On les rencontre surtout dans ces formes de métrites où la sécrétion purulente est abondante, où la muqueuse épaissie, fongueuse, est apte à résorber les produits qui sont en contact avec elle.

Mais quels sont les caractères que prend dans ces cas la lésion de l'iris ? Parfois on rencontre des iritis aiguës, cependant la forme séreuse prédomine ; tantôt l'allure en est bénigne, tantôt au contraire les symptômes en sont graves avec des rechutes fréquentes, suivies bientôt de périodes de rémission.

On voit rarement l'uvéite faire suite à une lésion utérine ; d'autres désordres des organes génitaux expliquent mieux son origine. L'uvéite se rencontre chez des fem-

mes, au moment de la ménopause ; ces irrégularités, la suppression de cette fonction physiologique occasionnent des troubles dans l'organisme tout entier, qui peuvent se localiser à l'œil. De même, on la voit chez les dysménorrhéïques, où cet acte naturel se fait mal, et est accompagné de violentes douleurs. Enfin l'uvéite apparaît encore à l'époque de la puberté. En ce moment, la tendance aux congestions locales est grande, les céphalées fréquentes. « *Il nous a été donné d'observer*, dit Puech, (*Archives d'ophtalmologie, 1889*) *que certaines diathèses semblent attendre cette première apparition des menstrues pour faire éclater une de leurs manifestations.* »

Il ne faut pas oublier, en effet, le rôle joué dans l'organisme de la femme par cet émonctoire naturel qu'est l'utérus à chaque époque menstruelle. Nous citerons à ce sujet l'opinion, que M. Jocqs, notre maître, émettait à la *Société d'ophtalmologie, 1894*, à propos de la communication de M. Trousseau, (*Iritis et Irido-choroïdite infectieux.*)

« Il est incontestable qu'il existe des iritis et des irido-choroïdites infectieuses et le cas que vient de citer M. Trousseau est des plus probants. Cependant, tous les cas d'inflammation du tractus uvéal que nous observons en dehors de la syphilis et du rhumatisme, sont-ils d'origine microbienne ? Cette idée implique nécessairement l'existence quelque part dans l'économie d'un foyer infectieux. Or, nous savons combien sont fréquentes chez la femme ces affections irido-choroïdiennes, tandis qu'elles sont en somme très rares chez l'homme, en dehors des causes

communes. On a pensé chez la femme à une origine infectieuse d'origine utérine. Si dans quelques cas on a trouvé des lésions, ce qui n'est pas étonnant étant donné la fréquence de ces maladies, il faut avouer que dans beaucoup d'autres, il n'y avait pas le moindre foyer infectieux à incriminer. J'en ai observé pour mon compte, et tout récemment, plusieurs cas : j'en ai trouvé chez des jeunes filles vierges, chez des jeunes femmes et des femmes âgées. Chez les unes, c'était l'irido-choroïdite séreuse avec kératite ponctuée bien connue, chez les autres, l'irido-choroïdite plastique ; enfin, chez d'autres et surtout chez les femmes âgées, l'iritis aiguë avec irido-cyclite intense.

« J'ai fait examiner ces femmes, et chez aucune d'elles on n'a pu découvrir aucune lésion génitale ; mais toutes, sans exception, avaient des troubles menstruels. Chez les unes, c'était au moment de la puberté, chez les autres, de la ménopause, enfin, entre ces deux âges, c'était de la dysménorrhée souvent douloureuse.

« Faut-il donc voir là une origine infectieuse ? Et cependant il est impossible de nier cette relation pathologique évidente entre l'œil et le système génital de la femme. Et je ne puis m'empêcher d'établir à ce sujet une comparaison entre ces faits et ce qui se passe pour le glaucome. C'est encore chez la femme et au moment de la ménopause qu'on l'observe le plus souvent. Or, le glaucome, n'est-il pas sous la dépendance de la circulation choroïdienne ? J'admets donc qu'il existe des irido-choroïdites vraiment infectieuses, mais qu'il en est beaucoup

d'autres, surtout chez la femme, qui ne relèvent que d'un trouble de la circulation génitale avec retentissement sur le système vasculaire de l'œil, sans infection véritable ». Poursuivant le même ordre d'idées M. Jocqs écrivait : (*Bulletins et mémoires de la Société médico-chirurgicale de Paris, 1899*) « Aujourd'hui je préciserai mon opinion en disant que ce retentissement sur l'œil est dû à l'apport du sang vicié, non par la présence des microbes, mais par des ptomaïnes ou des toxines, déchets d'un excrétion incomplète. »

Il nous semble, d'après cet exposé, que la forme, la nature et l'intensité de l'affection génitale font varier les caractères de la lésion oculaire. Il importe donc de rechercher avec soin les troubles qui auraient pu se produire du côté de l'appareil génital, car ils montrent la cause véritable de la maladie et permettent d'y apporter un traitement approprié.

AFFECTIONS URÉTHRO-VÉSICALES.

Les iritis chroniques se rencontrent plus rarement chez l'homme, mais il peut se produire des infections oculaires consécutives à des lésions de l'urèthre ou de la vessie. De même que la blennorrhagie donne lieu à l'endocardite, aux arthrites infectieuses, de même on a signalé des irido-choroïdites séreuses, des ténonites et même des atrophies du nerf optique à la suite de lésions des organes génito-urinaires.

Ici le mécanisme de l'infection est identique à celui des affections oculaires d'origine utérine. La muqueuse est aussi le siège d'une irritation constante, sa surface est ulcérée et les microbes pathogènes et leurs toxines traversent aisément cette barrière que ne leur oppose plus l'organisme.

L'origine de l'infection, le terrain, la virulence de l'agent pathogène sont autant de causes qui font varier l'intensité de l'affection irienne. Dans la blennorrhagie les réactions sont vives et douloureuses, et donnent lieu le plus souvent à une iritis aiguë : mais quand l'uréthrite traîne en longueur, que l'on constate des lésions rhuma-

tismales, alors l'iritis n'a plus cette marche rapide à phénomènes intenses, elle présente dans ces cas les caractères de l'iritis séreuse, coïncidant avec les poussées rhumatismales.

Nous citerons à ce propos l'observation que nous a communiquée M. Jocqs. Il s'agit d'un malade âgé actuellement de quarante-et-un ans, qui, à l'âge de vingt ans, avait eu une blennorrhagie, dont il guérit rapidement. Mais quelque temps après, il fut atteint d'arthrite à localisations nettement blennorrhagiques ; chaque crise rhumatismale était accompagnée d'une poussée d'iritis séreuse à forme lente avec synéchies postérieures, qui ont déterminé une occlusion pupillaire totale.

On admet aujourd'hui la localisation du gonoccoque dans le tissu irien, tout comme on le rencontre dans les arthrites d'origine blennorrhagique ; ce qui explique bien la concordance des poussées d'iritis avec les crises articulaires. Dans d'autres circonstances, chez les vieux urinaires, souffrant d'affections chroniques de la vessie, il n'est pas rare de constater des traces d'iritis avec synéchies postérieures.

Mais, c'est l'iritis chronique à forme séreuse que l'on rencontre toujours dans ces affections urèthro-vésicales. L'uvéite, dans ces cas, est très rare ; car, elle est plus le fait d'une diathèse, le résultat d'une intoxication que celui d'une infection microbienne directe.

AFFECTIONS DU TUBE DIGESTIF

En traitant de l'étiologie de l'uvéite nous avons dit que les troubles de l'appareil digestif nous semblaient jouer un rôle important dans la pathogénie de cette affection. Nous ne pouvons faire mieux à ce propos que de résumer l'opinion que Panas émettait sur le rôle de l'auto-intoxication (*Société Française d'Ophtalmologie*, 1897.) Lorsqu'on se livre à l'examen des malades et qu'on ne trouve pas pour expliquer la lésion de l'iris, une cause microbienne, il ne faut pas négliger l'examen de l'état général du sujet. On ne tarde pas alors à découvrir des dyspeptiques endurcis, des constipés à outrance, des chlorotiques, des dysménorrhéiques, leucorrhéiques, conditions qui toutes créent autant d'infections par les toxines organiques déversées dans le sang.

S'il est des affections oculaires qui peuvent être occasionnées par l'apport direct des microbes pathogènes, il en est d'autres qui résultent de la présence dans l'œil de toxines d'origine microbienne sans que les microbes eux-mêmes se trouvent dans les tissus lésés. Les recherches de Lagrange, Hernheiser, Gayer, Dor, pour ne citer que les

principaux, ont établi le fait Ne pourrait-on pas de même admettre qu'il existe des lésions résultant directement et exclusivement des toxines élaborées par l'organisme dont l'élimination serait défectueuse ?

Il est fréquent de constater des rétinites hémorragiques chez des sujets qui ne portent d'autre tare que leur diabète. Pourquoi le mauvais fonctionnement du tube intestinal ne pourrait-il pas occasionner des lésions au niveau de l'iris, sans pour expliquer les faits, avoir recours à une infection surajoutée ?

Qu'il nous soit permis de citer ici, l'opinion que soutenait M. le professeur de Lapersonne (*Iritis, fonction d'état infectieux*, Bulletin médical) au sujet de l'étiologie de l'iritis chronique : « *J'ai fréquemment remarqué la coexistence de troubles digestifs, les malades sont souvent des dyspeptiques atteints de dilatation d'estomac. Un des faits qui m'ont le plus intéressé est celui d'une vieille dame présentant depuis plusieurs mois des poussées d'irido-cyclite ; on était frappé par la maigreur, l'aspect pour ainsi dire cachectique, le mauvais état des dents, la fétidité de l'haleine de cette malade. Elle avait des alternatives de constipation et de diarrhée et une dilatation très marquée de l'estomac sans aucun signe de néoplasme.* »

Et quelques lignes plus loin, il ajoute :

« *Vous connaissez la fréquence des troubles digestifs chez les rhumatisants, les goutteux, les arthritiques d'une façon générale, même sans les écarts de régime sur lesquels insiste Hutchinson. S'il est difficile de prouver que l'agent*

infectieux est d'origine microbienne, ne pourrait-on pas admettre que, sous l'influence de ces altérations du tube digestif, des produits septiques se sont résorbés et vont produire l'irritation spéciale qui entraîne l'iritis. Cette hypothèse qui est presque admise pour certaines inflammations de la peau, comme l'eczéma, l'acné, nous semble admissible pour expliquer la production de l'iritis. »

La plupart des affections du tube digestif peuvent occasionner la constipation. Sans parler des tumeurs et de diverses malformations, nous signalerons le mauvais fonctionnement de l'estomac ; qu'il s'agisse de dyspepsie avec hyperchlorydrie ou hypochlorydrie, ces formes diverses peuvent aboutir à la constipation. En outre, il ne faut pas oublier ceux qui sont constipés sans raison apparente ; ce sont le plus souvent des héréditaires, des individus soumis à une hygiène mauvaise, à un régime défectueux et qui négligent de parti pris la fonction si importante de la défécation.

Pour peu que cet état se prolonge, on voit apparaître rapidement des troubles généraux, sous l'influence d'une auto-intoxication résultant de la résorption des produits nocifs dus aux fermentations intestinales. Aux phénomènes de constipation, s'ajoutent, dès lors, des symptômes de stercorémie : ce ne sont plus des constipés, ce sont de véritables intoxiqués.

C'est alors que surviennent des complications graves qui peuvent occasionner des troubles dans tout l'organisme. Quand ces matériaux résiduels ne sont pas éliminés

normalement, quand ils stagnent sur leur parcours, ils se dessèchent, durcissent, et produisent enfin sur les parois intestinales une irritation locale. Bientôt cette muqueuse finit par s'ulcérer et livre passage aux toxines qui séjournent dans le tube digestif. Ce sont ces produits de fermentations intestinales, ces toxines, qui passent directement dans la circulation générale et vont, sous des influences diverses, léser toutes les parties de l'organisme.

L'œil n'est pas à l'abri de ces atteintes ; et il nous a été donné si souvent de constater la coïncidence des lésions de l'iris avec les troubles intestinaux, qu'il nous est impossible de voir là, un simple fait du hasard, une simple coïncidence, alors que tout nous porte à croire à un rapport plus intime, un rapport de cause à effet.

TRAITEMENT

Le traitement des iritis chroniques varie suivant la forme qu'affecte l'affection du voile irien. Mais il existe une règle générale : c'est qu'on doit, avant tout, rechercher la cause du mal et diriger dans ce sens toute la thérapeutique. C'est à la cause qu'il faut s'attaquer, car ici plus que partout l'effet en est merveilleux. Le symptôme est oculaire, mais la maladie est générale et comme le disait à si juste titre DE WECKER en parlant de l'iritis métritique : « *Le traitement local de l'utérus se montre souvent bien plus efficace que celui qu'on avait institué contre l'affection oculaire en la traitant isolément. Nous avons pu contrôler ainsi, qu'en supprimant tout traitement général et local dirigé du côté de l'œil, traitement qui n'avait fourni qu'un résultat incomplet et traînant, la médication appliquée uniquement à l'affection utérine a le plus souvent fourni une amélioration, puis une guérison beaucoup plus rapide.* »

Si la lésion utérine est manifeste, c'est l'utérus qu'il faut soigner tout d'abord, le traitement oculaire passe au second plan. S'agit-il, au contraire, d'une jeune fille mal réglée, d'une femme arrivée à la période de la ménopause ?

Ici, la médication est plus difficile, ce n'est plus un foyer infectieux bien délimité, c'est tout l'organisme qui est atteint ; partant, la guérison est plus lente, les résultats moins nets. C'est le cas le plus fréquent de l'uvéite.

Il faut alors lutter contre l'auto-intoxication par des désinfectants généraux : il faut suppléer aux émonctoires naturels ou favoriser leur action.

Nous nous sommes très bien trouvés dans ces cas du traitement au calomel, à doses fractionnées, 0,02 à 0, 03 centigr. par jour ; traitement qu'on poursuit pendant longtemps avec quelques périodes de repos.

Chez les rhumatisants, les athritiques, le salicylate de soude, l'aspirine donnent d'heureux résultats. Enfin chez les cachectiques, les affaiblis, nous associons l'arsenic, le fer, l'huile de foie de morue aux autres moyens thérapeutiques.

Tel est, en résumé, le traitement général qui nous semble agir le mieux dans les iritis chroniques.

Localement. — Il est plus difficile de donner à ce sujet une règle fixe, car le traitement varie beaucoup suivant la marche de la maladie, et l'intensité de ses symptômes.

Si telle malade atteinte d'uvéite se trouve bien au début de l'affection du traitement à l'atropine qui détruit les légères synéchies postérieures, il faut bien se garder d'administrer ce même médicament, lorsque les synéchies sont devenues totales. Les adhérences dans ce cas, ont établi une cloison entre la chambre antérieure et postérieure et ont augmenté la tension intra-oculaire.

Et encore faut-il être bien certain de son diagnostic avant d'instiller l'atropine. Au début des iritis latentes, sans aucun symptôme bien net, il est parfois bien difficile de poser, à coup sûr, un diagnostic ferme. Chez les femmes à l'âge de la ménopause, rien ne ressemble plus aux signes prémonitoires du glaucome que les premiers symptômes d'une iritis torpide : et, l'atropine dans le cas de glaucome aurait des conséquences funestes. L'examen du champ visuel pourra dans ce cas donner une indication, car il est rare qu'un glaucome, même au début, ne donne pas déjà un léger rétrécissement nasal.

Du reste, le traitement à l'atropine, même administré dès le commencement de l'affection n'est pas suffisant ; ce qu'il ne faut pas négliger, c'est l'état général du malade.

Le traitement de l'uvéite consisterait, d'après Grand-clément, dans l'iridectomie : « *Aujourd'hui je pratique l'iridectomie*, dit-il, *sachant que l'emploi plus ou moins prolongé de l'atropine est incapable d'enrayer à lui seul l'affection.* »

Tous les autres traitements généraux ou locaux qu'il a essayés, ne lui ont donné aucun résultat : « *Seule*, ajoute-t-il, *l'iridectomie l'arrête et la guérit définitivement.* »

Cette affirmation nous semble un peu osée ; il est certain que cette intervention met l'œil à l'abri des phénomènes d'hypertension, des phénomènes glaucomateux, en un mot, qui sont le résultat final de l'occlusion pupillaire ; et à ce titre, l'iridectomie doit toujours être conseillée. Mais l'affection n'en continue pas moins sa marche, et

dans un des cas que nous rapportons, on voit apparaître des flocons du vitré six mois après une iridectomie opérée dans d'excellentes conditions.

C'est que malgré l'intervention, l'état général reste le même, et son influence continue à se faire sentir : s'attacher exclusivement au symptôme oculaire, c'est poursuivre l'ombre en laissant le corps, c'est négliger la partie essentielle du traitement.

Telle nous paraît être aussi l'opinion de M. le professeur DE LAPERSONNE (*De l'uvéite dyscrasique*) : « *Il ne m'a pas semblé que la pupille artificielle ait pu arrêter dans un certain nombre de cas l'atrophie du globe..... Je crois donc qu'il ne faut pratiquer l'iridectomie, que lorsque toute trace d'irritation a complètement disparu, lorsque l'œil a conservé sa consistance à peu près normale, et on devra par tous les moyens possibles essayer d'enlever les exsudats rétro-iridiens.*

Nous signalons encore une autre intervention dont les indications sont assez rares, il est vrai, mais qui peut donner parfois de bons résultats. Il s'agit des cas où les exsudats, les synéchies postérieures ont recouvert tout le champ pupillaire et rendent la vision nulle. L'iridectomie, en l'occurrence, ne serait pas d'une grande utilité, et l'on peut tenter alors l'extraction du cristallin transparent.

Nous sommes heureux de rapporter, à ce sujet, l'observation que nous a communiquée notre maître, M. JOCQS.

OBSERVATION. — Le cas est celui d'une jeune fille âgée de vingt-quatre ans, qui à la suite, d'une uvéite, présentait des synéchies postérieures totales aux deux yeux.

L'œil droit avait une acuité de 0,3.

A l'œil gauche, la vision était nulle, l'occlusion pupillaire totale avec des exsudats abondants. L'œil était douloureux à la pression, et la tension intra-oculaire était augmentée.

L'iridectomie pouvait amener la suppression des phénomènes glaucomateux, mais le résultat au point de vue fonctionnel n'eut pas été brillant. Dans ce cas l'extraction du cristallin transparent semblait indiquée et l'opération fut faite en deux temps, discision suivie de l'extraction des masses.

Le résultat fut satisfaisant car, au bout de quelques jours l'acuité visuelle était de 0,6, et sans la présence de nombreuses taies cornéennes, la vision de cet œil eut encore été supérieure.

Cependant, il faut l'avouer tous les moyens thérapeutiques employés jusqu'ici contre l'uvéite ne donnent pas des résultats bien brillants. Dans les cas heureux, sous l'influence d'un traitement approprié, l'évolution de la maladie peut s'arrêter dans sa marche. Mais, que de fois aussi, malgré l'iridectomie, malgré toute la médication employée, ne voit-on pas ses efforts rester vains et presque inutiles.

Nous nous sommes cru autorisés alors à mettre à l'épreuve un autre procédé thérapeutique, et à introduire dans l'œil par dissociation électrique, par cataphorèse, des molécules d'iode, des « *ions* ».

A cet effet nous employons une solution d'iodure de potassium à 10 °/₀ dont nous imprégnons deux électrodes spongieuses. Après avoir placé l'électrode positive en arrière de la mastoïde, et l'électrode négative au contact de l'œil, nous faisons passer un courant de quatre milli-ampères.

Au pôle positif, le *potassium* de l'électrode traverse la

peau de dehors en dedans, et un *ion « chlore »* venant de l'organisme la traverse en sens inverse.

Au pôle négatif, d'autre part, les *ions « sodium »* de l'organisme se porteront vers l'électrode, et l'*iode* qui est un anion pénètrera dans les tissus.

Nous n'osons pas tirer des conclusions trop hâtives de ce traitement dont la méthode est encore à l'étude. Dans un cas, cependant, il nous a été donné de constater après quelques séances, une amélioration d'acuité visuelle de 0, 2. Ce résultat nous invite à continuer nos recherches dans cette voie ; heureux, si par ce moyen nous pouvions apporter quelque soulagement au sort de ces infortunés.

OBSERVATION I *(Kay)*

Iritis séreuse. — Forme bénigne.

Miss W..., domestique, née aux États-Unis, vient consulter pour un affaiblissement marqué de la vue, accompagné de douleurs névralgiques très vives dans l'œil gauche. Le début de ces accidents remonte à deux semaines. La semaine suivante les douleurs deviennent plus intenses et, au troisième jour, la vue est complètement obscurcie.

La malade a toujours été très mal réglée ; ses règles sont irrégulières et peu abondantes ; elles sont survenues la veille du début de l'affection oculaire.

Acuite visuelle : OD = 12/20 ;

OG = vaguement la main à un pied de distance.

A l'examen ophtalmoscopique on voit des dépôts inflammatoires sur la paroi postérieure de la cornée et des opacités dans l'humeur vitrée.

Diagnostic : iritis séreuse.

Traitement : dilatation de la pupille par l'atropine ; lotions chaudes ; sangsues aux tempes ; lunettes fumées : pilules au bichlorure d'hydrargyre ; régime fortifiant.

Ce traitement est suivi pendant plusieurs mois, et il se produit une amélioration. Peu à peu, les règles se régularisent et la malade recouvre le plein exercice de ses fonctions visuelles.

OBSERVATION II *[personnelle.]*

Iritis séreuse. — Choroïdite myopique.

Mlle B... 17 ans, antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Deux sœurs en bonne santé ; une sœur morte à 18 mois.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade, sauf il y a environ trois ans, époque à laquelle elle se trouvait mal fréquemment, et qui coïncide avec le début de son affection oculaire. Auparavant avait eu quelques poussées de kératite phlycténulaire qui ont laissé plusieurs taies sur les deux cornées. Réglée à 14 ans 1/2, six mois environ après le commencement de son affection oculaire ; actuellement bien réglée ; constate que son trouble augmente pendant la période menstruelle. Se plaignait de constipation, mais a été améliorée par le traitement au calomel.

OD. Début il y a trois ans ; l'œil n'a jamais été douloureux, mais la vision baissait ; on constate à l'examen ophtalmoscopique quelques exsudats pupillaires, et de légères synéchies postérieures, un léger trouble du vitré, quelques petits placards de choroïdite.

OD. — 6 V = 0,15
OG. O° — 0,50 — 0,50 V = 0,3

L'œil gauche ne semble pas atteint, mais sa vision est affaiblie par les taies de la cornée.

Traitement. Atropine en instillation ; cachets de calomel à la dose de 0,03 centigr. Pommade jaune.

Il y a un an, les symptômes étaient les mêmes, mais plus accusés. Les synéchies étaient plus nombreuses, les flocons du vitré plus abondants, la choroïdite s'était étendue.

OD — 6 V = 0,1
OG = O° — 0,50 — 0,50 V = 0,3

On joint au traitement précédent, des injections de cyanure de mercure.

15 octobre 1906. L'état général est bon, les placards de choroïdite ont presque totalement disparu, il existe des synéchies postérieures, et quelques flocons du vitré, mais l'acuité visuelle s'est améliorée ; car au traitement précédent, on a joint du massage cornéen à la poudre de calomel. Sous l'influence de cette médication les taies ont diminué et l'on trouve :

OD — 6 V = 0,3
OG — O° — 0,30 — 0,50 V = 0,6.

OBSERVATION III (*personnelle*)

Iritis séreuse.

Mlle B... vingt-quatre ans, se présente à la clinique du Dr Jocqs, 19 mars 1906, parce que depuis quelque temps, elle remarquait qu'elle voyait trouble de l'œil droit.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — A eu des convulsions à l'âge de dix-huit mois. Rougeole à six ans. Réglée à treize ans, très régulièrement ; règles qui ne sont jamais douloureuses. Mais c'est une constipée, et ne va à la selle qu'au moyen de purgatifs presque journaliers.

Début. — La malade remarquait de temps en temps une légère gêne à l'œil droit ; mais c'est surtout depuis un mois que la vue a considérablement baissé. Elle ne souffre pas et n'a jamais souffert des yeux.

Examen. — OD. L'aspect de la paroi postérieure de la cornée semble légèrement trouble ; cercle périkératique complet, les exsudats pigmentaires sont peu abondants ; la pupille semble légèrement ovoïde, avec deux synéchies aux extrémités du grand diamètre vertical.

L'acuité visuelle est de 0,6 sans amélioration. Les milieux sont transparents, le fond de l'œil normal. On prescrit un traitement général au calomel, et localement de l'atropine.

Le 30 mars 1906, on constate une grande amélioration ; les synéchies ont cédé sous l'action de l'atropine, la pupille réagit normalement et a repris sa forme. L'état général est meilleur. L'acuité visuelle V = 0,8.

On continue le même traitement et on y joint, une potion à l'arséniate de soude.

Le 4 mai 1906. — L'amélioration se poursuit ; on supprime l'atropine, mais on continue le traitement général.

20 décembre 1906. — Nouvelle poussée, plus forte que la pré-

cédente, la malade avait dû s'absenter et a cessé son traitement depuis trois mois. — Elle ne souffre pas, mais sa vision baisse toujours.

O. D. — A l'éclairage oblique on voit une kératite ponctuée bien nette, à forme triangulaire, sur la membrane de Descemet ; la chambre antérieure semble agrandie, de nombreuses synéchies postérieures, accolent l'iris à la paroi antérieure du cristallin. L'acuité n'est plus que de 0,1. La papille s'éclaire mal, et les milieux sont troubles. La tension de l'œil semble normale.

On essaie prudemment le traitement à l'atropine, mais les synéchies ne cèdent pas. On institue le même traitement général qui avait réussi une première fois.

5 janvier 1907. — L'état local reste stationnaire, mais l'état général s'est amélioré.

O. G. L'œil gauche n'a jamais été atteint et a une acuité normale.

Depuis cette date, la malade n'est pas revenue à la clinique.

OBSERVATION IV (*Personnelle*).

Iritis séreuse. — Forme bénigne.

Mlle R..., âgée de treize ans, vient consulter parce que depuis trois mois son œil gauche est rouge, et que sa vision baisse.

Les antécédents héréditaires n'offrent pas d'intérêt.

Antécédents personnels. — A eu la rougeole à l'âge de trois ans ; la mère nous déclare que l'enfant a eu l'œil droit rouge vers l'âge de cinq ans, mais on n'y porta point d'attention, l'enfant n'en souffrant pas.

N'est pas encore réglée ; très constipée, et ne va à la selle qu'avec difficulté.

Son état général est peu brillant ; facies bouffi, la voix est voilée ; l'enfant se plaint de douleurs au niveau de ses articulations, et ressent toujours une lassitude générale.

O. D. A l'examen ophtalmoscopique, la cornée semble normale, mais la chambre antérieure est légèrement trouble. Des exsudats pigmentaires frangent le bord de l'iris ; de légères synéchies postérieures se voient en instillant une goutte de cocaïne, et siègent à la partie inférieure. — Pas de trouble du vitré, papille normale.

OD. V = 0,5. Tension normale.

Le traitement au sulfate d'atropine, fait céder les synéchies postérieures, et quelques jours après l'injection conjonctivale disparaît. — Comme traitement général, on prescrit la liqueur de Fowler.

O. G. L'acuité visuelle est très faible 0,1, et la malade déclare n'avoir jamais bien vu de cet œil. Pas d'amélioration par les verres correcteurs.

OBSERVATION V (DE LAPERSONNE. *Bulletin médical du Nord*).

Iritis séreuse. Forme grave.

CHARLOTTE L..., 22 ans.

Antécédents héréditaires : père mort d'affection pulmonaire chronique, mère morte d'affection pulmonaire aiguë

Antécédents personnels : lésions scrofuleuses diverses : réglée à 15 ans, menstruation longtemps irrégulière et pertes blanches dans l'intervalle des règles. Facies pâle et légèrement bouffi : rien à noter du côté du cœur et des poumons.

L'affection oculaire a débuté en juillet par l'œil gauche qui est devenu rouge, larmoyant, et bientôt très douloureux avec retentissement circumorbitaire. Huit jours après, l'œil droit se prend à son tour. La malade suit pendant quelques jours un traitement ordonné par un confrère de la ville et le 8 août elle se présente à la consultation.

A cette date on note à gauche de larges opacités interstitielles de la cornée, une injection périkératique intense avec aspect violacé de l'épisclère. L'iris que l'on voit difficilement à travers cette cornée trouble, paraît irrégulier et parsemé de taches rouillées, la chambre antérieure est presque effacée ; la pupille est charbonneuse et le fond de l'œil inéclairable : le tonus n'est pas augmenté ; les douleurs circumorbitaires sont très vives : la malade compte les doigts à 0,50 centimètres. A droite, les lésions sont analogues, un peu moins prononcées cependant : le fond de l'œil est inéclairable et on ne constate pas de corps flottants du vitré. La vision est relativement bonne de ce côté. Depuis deux jours la malade se plaint de douleurs vives dans les genoux ; on constate, en effet, un léger degré d'arthrite rhumatismale avec épanchement dans l'articulation tibio-tarsienne gauche. Traitement par l'atropine, les compresses et les douches chaudes, l'iodure de potassium.

Au commencement de septembre : douleurs vives s'irradiant

dans toute la tête, la vue s'affaiblit brusquement, même à droite. On voit une injection périkératique beaucoup plus intense et une augmentation très notable du tonus. Cette aggravation de l'état des yeux coïncide avec une poussée de rhumatisme articulaire subaiguë qui envahit non seulement les genoux, mais les épaules et successivement toutes les articulations des membres supérieurs ; elle s'accompagne d'une fièvre assez intense et d'un état général qui nécessite le séjour au lit pendant plusieurs jours. On cesse immédiatement l'emploi de l'atropine et des compresses chaudes : on remplace l'iodure de potassium par le salicylate de soude ; 2 grammes d'antipyrine le soir : collyre à la pilocarpine Les douleurs durent près de deux semaines, puis vont en diminuant à mesure que la tension intra-oculaire s'abaisse : les douleurs rhumatismales ont cédé facilement grâce au salicylate de soude. A partir du 20 octobre, on fait des injections de pilocarpine tous les deux jours, sans en obtenir de résultat appréciable.

Le 15 novembre l'état local est le suivant :

OG. La cornée est réduite dans ses diamètres et paraît plus aplatie, bien qu'en réalité le rayon de courbure moyen de ses deux principaux méridiens donne 7 ^{mm},526, mesuré à l'ophtalmomètre : il existe des opacités interstitielles blanchâtres parsemées irrégulièrement : l'iris paraît presque accolé à la face postérieure de la cornée, il est garni de saillies condylomateuses, les unes jaunâtres, les autres rouillées ou même complètement rouges : on distingue à peine la situation de la pupille. Injection périkératique très intense, avec coloration violacée de l'épisclère. Le globe est aplati au niveau des muscles droits, bien qu'en ce moment le tonus ne soit pas très notablement diminué. Compte les doigts à 15 centimètres ; pendant la fixation, il existe de légers mouvements de nystagmus rotatoire.

OD. — Moins d'opacités cornéennes, l'injection périkératique est moins prononcée, mais le tonus est très bas (T-2) et la vision n'est pas meilleure. En présence de l'insuccès de tous les autres traitements, on se décide à appliquer un cautère à la tempe droite.

OBSERVATION VI (DE LAPERSONNE — *Bulletin médical du Nord*).

Iritis séreuse. Forme grave.

EUGÈNE D... 18 ans : Pas d'antécédeuts héréditaires : père et mère vivants et bien portants, trois frères ou sœurs : la dernière sujette à des attaques convulsives, probablement d'origine hystérique. Aucune maladie de l'enfance. Il y a six mois, l'œil gauche est devenu larmoyant, rouge, douloureux. Traité par un de nos confrères qui a ordonné atropine, frictions mercurielles et pilules (?) ; un mois et demi après, cet œil allait mieux. Au bout de trois mois les mêmes phénomènes surviennent du côté droit, la vue baisse très rapidement de ce côté et le malade éprouve de très vives douleurs circumorbitaires : même traitement et pointes de feu périkératiques.

Etat actuel : O. D., opacités nuageuses de la cornée plus prononcées à la périphérie : sur la membrane de Descemet, on voit un semis de petits points blanchâtres, la cornée est diminuée dans tous ses diamètres et parait aplatie. L'iris offre une coloration rouillée, uniforme, la pupille est irrégulière et obstruée par des exsudats ; fond de l'œil inéclairable. Injection périkératique très fine. Œil très mou (T-3). Perception lumineuse très faible : quelques douleurs circumorbitaires.

O. G. La cornée offre quelques opacités et un semis de kératite ponctuée, l'iris irrégulier avec deux saillies condylomateuses à la partie inférieure. On aperçoit encore le fond rouge de l'œil, mais sans distinguer la papille. Le malade voit les doigts à 20 centimètres. Il se plaint depuis quelque temps d'éclairs qui passent dans son œil gauche. Traitement : atropine, iodure de potassium à faibles doses, injection de pilocarpine.

Trois mois après, il se présente nous disant qu'il est tombé malade et est resté plusieurs semaines dans un service de médecine pour une pleurésie. On constate, en effet, des frottements

pleuraux des deux côtés ; mais en même temps on trouve de la matité et quelques craquements au sommet. Du côté des yeux, à droite, l'œil est réduit de volume, enfoncé dans l'orbite, la cornée a pris une coloration jaune ambrée ; à gauche, les opacités cornéennes ont augmenté, la surface de l'iris est très irrégulière et saillante par rapport à la pupille qui est complètement obstruée. La vision est nulle à droite et réduite à une faible perception lumineuse à gauche. Le malade demande un certificat pour être admis dans un asile.

OBSERVATION VII (DE LAPERSONNE, *Bulletin médical du Nord*).

Iritis séreuse. Forme grave.

HENRI B..., vingt-neuf ans. — Aucun antécédent héréditaire, pas de rhumatisme, ni de syphilis. Cependant, état général débilité ; occupation pénible, typographe ; les viscères paraissent intacts. L'affection oculaire a débuté il y a deux ans et demi par une diminution progressive de la vision, sans douleurs bien vives. Il a été traité à ce moment, par l'iodure de potassium, les injections de pilocarpine et l'atropine. L'état du malade s'est sensiblement amélioré sous l'influence de ce traitement, mais depuis sept à huit mois la vue a commencé à baisser très rapidement, et aujourd'hui il ne peut plus continuer son métier.

On constate des deux côtes une kératite ponctuée, tout-à-fait caractéristique avec la série de points brunâtres sur la membrane de Descemet et la transparence relative du reste de la cornée. L'iris a une coloration verdâtre, la pupille est obstruée par des exsudats, surtout à gauche, le fond de l'œil n'est plus éclairable de ce côté.

V. OG=1/20 V. OD=1/10.

Le tonus est très notablement diminué à gauche et de ce côté, la cornée paraît plus petite. Le malade n'éprouve aucune douleur, il n'a pas d'injection périkératique. Il demande à ce qu'on améliore sa vue par une opération. Étant donné l'absence de toute réaction inflammatoire, nous nous croyons autorisé à tenter une double iridectomie inférieure optique. La pupille artificielle, oblique à droite, est très large, bien périphérique, presque complètement débarrassée des exsudats et permet l'examen facile du fond de l'œil. A gauche, au contraire, on n'arrive pas à déchirer complètement les exsudats rétro-iridiens et il se produit, pendant ces manœuvres, un épanchement sanguin assez abondant, dans la chambre antérieure, qui met très longtemps à se résorber. On

constate après sa disparition que la pupille artificielle est complètement obstruée par des dépôts brunâtres.

Quatre mois après l'œil droit était toujours dans une situation stationnaire. V=1/3 avec —1,25 D. A gauche, l'œil marche rapidement vers l'atrophie, cependant V = 1/10 environ.

Ces trois observations que nous rapportons, entrent bien dans le cadre de l'iritis séreuse à forme grave dont nous avons parlé. L'étiologie en est assez obscure, mais dans les trois cas, l'état général est mauvais.

La première malade est très mal réglée et on trouve des manifestations rhumatismales qui augmentent avec les poussées locales. Dans la seconde observation, on note une tuberculose pulmonaire commençante ; enfin, le dernier malade est de complexion chétive, et depuis longtemps surmené.

OBSERVATION VIII (Oursel. *Th. de Paris, 1885*)

Influence de la menstruation irrégulière.

Mlle X... 19 ans, religieuse, se présente à la clinique du Dr Cournerault en mars 1878. Elle se plaint d'un affaiblissement considérable de la vue, qu'elle fait remonter à trois semaines environ. N'a jamais souffert des yeux. La maladie a débuté par des douleurs névralgiques siégeant à la paupière. Les yeux, surtout l'œil droit, sont devenus rouges, larmoyants, douloureux à la pression : ils ont perdu leur éclat. Enfin, l'acuité visuelle a baissé, surtout depuis cinq jours. La jeune malade est dans une période menstruelle. Celle-ci qui avait retardé de quatre à cinq semaines, est survenue brusquement douloureuse, sous forme de perte. Il est facile de diagnostiquer une iritis séreuse avec nombreux dépôts sur la descemétite et sur la cristalloïde antérieure avec accumulation dans les parties déclives des chambres antérieures. Le faux hypopion est plus marqué à droite.

Acuité visuelle : OD. V = 6/36 ; OG = 5/12.

Après avoir scrupuleusement interrogé la malade et ses parents, on est en droit d'exclure l'idée de toute diathèse syphilitique ou rhumatismale. Mais on apprend que la jeune fille est fort mal réglée. La première menstruation a paru à l'âge de 15 ans, et depuis cette époque la jeune X..., passe souvent deux ou trois mois sans voir l'écoulement menstruel se produire. Elle est fortement indisposée pendant les époques menstruelles absentes. Elle souffre des reins, a des palpitations, quelquefois même des syncopes. Sa mère la soupçonne, en outre, d'avoir des habitudes de masturbation très prononcées. On institue le traitement basé sur les sudations, des pilules de bichlorure d'hydrargyre, des purgatifs, des révulsifs sur les membres inférieurs, des fumigations vaginales.

La jeune X... est suivie pendant huit mois. Pendant ce temps,

elle présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation, ces dernières coïncidant toujours avec l'évolution menstruelle. Le mieux s'accuse si l'écoulement utérin s'établit avec facilité et abondance. Au contraire, tous les phénomènes objectifs et subjectifs s'accentuent si la période menstruelle vient à manquer en partie ou en totalité.

Au commencement de novembre une poussée glaucomateuse vient se déclarer du côté droit. La tension = T + 2. Le champ visuel se retrécit en dedans. Des arcs-en-ciel colorés se montrent autour des lumières. Malgré l'emploi des myotiques, administrés avec beaucoup de prudence en raison des phénomènes d'iritis, la maladie s'accentue dans le sens du glaucome On propose une iridectomie à droite. La malade demande quelques jours de répit. Elle désire attendre la période menstruelle qui doit se faire dans six ou huit jours. Les règles ne viennent pas ; on insiste pour l'opération. La malade repousse toute intervention chirurgicale et ne vient plus à la clinique.

OBSERVATION IX (M. Jocqs)

Uvéite. — Iridectomie double.

Mme C... âgée de quarante-deux ans, vient consulter parce que sa vue baisse progressivement depuis déjà quelques mois. Auparavant elle a eu souvent les yeux rouges et voyait trouble, mais elle n'était pas trop gênée.

Antécédents personnels. — La malade déclare n'avoir jamais été malade, sauf quelques douleurs articulaires qui l'ont peu inquiétée. Elle est réglée très régulièrement et ces périodes menstruelles n'ont jamais été douloureuses. Pas de fausses couches ; un enfant à terme, bien portant. Rien à noter du côté de son tube digestif.

Novembre 1903. — OD. A l'examen ophtalmoscopique on constate une légère injection périkératique ; la cornée est normale, mais il existe de nombreuses synéchies postérieures. Le fond de l'œil s'éclaire et laisse voir une pupille normale ; il n'existe pas de trouble du vitré. Le champ visuel ne présente pas de rétrécissement, la tension = T + 1. L'acuité visuelle est de 0,2. Peu ou pas de douleur.

On propose l'iridectomie, qui rend à l'œil sa tension normale. Deux mois après l'acuité était de 0,3.

OG. Les synéchies postérieures sont moins abondantes, la tension est normale, et les milieux transparents.

Décembre 1904. — OD. L'amélioration s'est poursuivie, il n'y a pas eu de rechutes, l'acuité visuelle est de 0,3, la tension normale.

OG. — Poussée d'uvéite qui rend l'œil douloureux. T = + 2. Ses synéchies postérieures sont très nombreuses ; il y a un léger trouble du vitré, la pupille semble floue. V = 0,1.

Iridectomie, fait cesser les phénomènes glaucomateux, mais l'acuité est moins bonne. OG. V = 1/20.

Juillet 1905. — Pas de rechutes ; la malade est très satisfaite, l'acuité de l'œil droit s'est améliorée. V. = 0,4. Mais l'état de l'œil gauche reste stationnaire.

Novembre 1906. — La malade revient parce qu'elle voit passer des mouches devant ses yeux. A l'examen ophtalmoscopique on remarque des flocons du vitré surtout abondants à l'œil gauche. Ils existent également à l'œil droit, qui pourtant n'avait jusqu'alors présenté aucun trouble du vitré. — La tension est normale aux deux yeux.

OD. V = 0,4	OG. V = 0,1
O.D, 90° — 1,50 V = 0,5	OG. sans amélioration.

Nous instituons alors le traitement par l'électricité dont nous avons déjà parlé ; nous avons été assez heureux pour ramener à 0,3 l'acuité de l'œil gauche. L'autre œil n'a pas été soumis à ce procédé thérapeutique.

Dès le début de l'affection, nous avions institué un traitement général, par le calomel, alternant avec le fer et l'arsenic. Cette médication, nous la poursuivons encore avec quelques périodes de repos.

Cette observation est surtout intéressante à deux points de vue. Elle montre l'utilité de l'iridectomie, pour combattre les phénomènes glaucomateux produits par l'occlusion pupillaire. Mais, elle nous fait voir aussi qu'elle n'enraye pas la marche de la maladie, car les flocons du vitré se sont montrés longtemps après que les interventions avaient été faites.

OBSERVATION X (*Personnelle*, 25 mai 1902.)

Uvéite

Madame M..., 58 ans, cuisinière.

Vient consulter parce que depuis une dizaine de jours elle a remarqué que sa vision de l'œil gauche baissait ; en même temps elle avait des maux de tête qu'elle localisait à la région péri-orbitaire et à la nuque.

Antécédents personnels. Se plaint de dilatation d'estomac, de mauvaises digestions, éprouve souvent des vertiges, des migraines qui la font beaucoup souffrir. Ces troubles datent de sa ménopause, époque avec laquelle coïncide le début de ses troubles oculaires.

Souvent elle voyait trouble, ses yeux étaient légèrement injectés ; mais tout rentrait bientôt dans l'ordre. Il y a deux ans, cependant, elle dit avoir eu une poussée assez forte à l'œil droit, la vue de cet œil baissa, en même temps qu'elle ressentait une douleur péri-orbitaire. — Ses douleurs persistant toujours, on lui proposa une iridectomie, et depuis cette intervention son œil droit ne lui fait plus de mal.

Aujourd'hui, elle vient consulter parce qu'elle ressent une gêne à son œil gauche. Elle a des maux de tête violents qui lui rappellent la poussée aiguë de l'œil droit.

OG. — A l'examen ophtalmoscopique, la cornée semble normale, l'iris légèrement décoloré est très irrégulier, il y a de nombreuses synéchies postérieures, le fond de l'œil s'éclaire mal, mais ce fait est explicable par les opacités du cristallin. La tension est de : + 1. L'acuité visuelle est très faible.

V = 1/50 sans amélioration.

OD. Iridectomie étroite, en haut ; l'iris adhérent a laissé quelques dépôts pigmentaires sur la cristalloïde antérieure. L'œil

droit n'est pas douloureux, la tension est normale et a une assez bonne acuité, malgré un léger trouble du vitré.

$= 3{,}50$; V $= 0{,}6$

Quelques sangsues, calment les maux de tête violents, mais la tension reste toujours augmentée, T. $= +1$. L'œil est douloureux à la pression.

La malade qui a vu ces phénomènes douloureux disparaître par une première iridectomie faite à l'œil droit, demande à se faire opérer. — L'intervention fut décidée, l'iridectomie montra un iris très adhérent, et qu'il fallut détacher par lambeaux. — Les jours suivants, on lui fit trois injections de pilocarpine.

21 juin 1906. — La malade déclare ne plus souffrir, la tension est redevenue normale dans les deux yeux, l'acuité visuelle ne s'est pas améliorée.

OBSERVATION XI. (*Personnelle*, 25 septembre 1906.)

Uvéite

Madame E..., 52 ans. — Ménagère.

Les antécédents héréditaires n'offrent rien de particulier.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, règles normales, non douloureuses. — A eu un enfant à terme en bonne santé. Pas de fausse-couche. Ménopause il y a six ans ; la malade se plaint d'être constipée ; ne va à la selle que tous les dix à quinze jours au moyen de purgatifs : elle a des indispositions fréquentes sans pourtant interrompre pour cela ses occupations. L'état général semble mauvais.

Début. — OG. Depuis déjà longtemps la malade avait remarqué que la vision de cet œil baissait, mais elle ne s'en est jamais préoccupé, (?) jusqu'à ce que son œil droit ait été également atteint. Elle n'a jamais souffert, quoique l'œil fut souvent rouge.

Le 11 août 1906, elle se rend à la consultation des Quinze-Vingt, où on constate une occlusion pupillaire totale, et on pratique une iridectomie.

Aujourd'hui, on voit à l'éclairage oblique quelques adhérences iriennes qui n'ont pas cédé. Le fond de l'œil est très flou. La tension est normale, le champ visuel rétréci à la périphérie. L'acuité de cet œil est assez faible ; la malade compte les doigts à 2 mètres.

O D. — L'œil droit n'est pas douloureux, mais la vision décroît peu à peu, et la malade craint de devenir aveugle.

Il y a cinq mois seulement que le trouble de la vision s'est manifesté à cet œil.

A l'examen ophtalmoscopique, la cornée ne présente rien de particulier. Les réflexes sont normaux, il y a quelques petits exsudats et deux légères synéchies en haut et en dehors. Les milieux sont transparents, le fond de l'œil normal. La tension de

l'œil n'est pas augmentée, le champ visuel ne présente pas de rétrécissement.

OD. V = 0, 5 — 1 V = 0, 7.

Nous instituons un traitement à l'atropine, en surveillant de près la malade, mais au deuxième jour les synéchies n'ont pas cédé, et on cesse cette médication.

Comme traitement général, nous prescrivons le traitement au calomel 0,03 par jour.

15 octobre 1906. — L'acuité visuelle baisse toujours.

OD — 1 V = 0,3

Nous essayons alors des injections sous-conjonctivales qui sont mal supportées et la malade ne revient plus à la clinique.

OBSERVATION XII. (*Personnelle*, septembre 1906).

Uvéite.

Marie B..., âgée de 75 ans, vient consulter parce qu'elle désire des verres pour travailler. Sa vue baisse depuis quelque temps et ses lunettes ne lui suffisent plus.

Antécédents personnels. — La malade déclare n'avoir jamais été souffrante ; elle a eu douze enfants dont quatre sont encore en vie. Elle ne se souvient pas exactement des causes qui ont déterminé la mort des autres, mais la méningite, la diphtérie sont souvent invoquées comme explications.

Elle n'a jamais eu mal aux yeux, et prétend avoir eu une bonne vision.

La première crise remonte à quatre ans ; à cette époque, Mme B... aurait eu de nombreux malheurs ; en même temps, elle souffrait de l'estomac et avait maigri considérablement ; légèrement constipée auparavant, sa constipation est devenue opiniâtre ; enfin elle a remarqué que les poussées oculaires coïncidaient avec un état général défectueux.

Les deux yeux sont également atteints, et dès que la crise se calmait à un œil, l'autre se prenait ; mais elle ne souffrait pas, ou souffrait peu, à peine peut-être une heure au début même de l'accès.

OD. — Actuellement, l'œil droit présente une légère injonction conjonctivale, surtout limitée à la région perikératique. La cornée n'offre rien de spécial ; la chambre antérieure semble légèrement agrandie ; des synéchies postérieures attirent l'iris en arrière. Ces adhérences sont surtout marquées en bas et en dedans. Le cristallin présente quelques opacités, mais permettent néanmoins d'éclairer le fond de l'œil. La pupille semble légèrement floue, mais ce trouble nous semble dû à une fine poussière du vitré que l'on voit à un fort grossissement.

La tension est normale, le champ visuel également. L'acuité visuelle :

OD, = 0,4 — 1,50 V = 0,4.

OG. Les lésions de la partie épithéliale de l'iris sont plus accentuées ; l'iris a pris ici une forme polygonale, les exsudats pupillaires sont abondants, les synéchies postérieures nombreuses Mais le corps vitré n'est pas touché, il n'existe pas de lésions au niveau de la rétine. Le fond de l'œil est normal, pas d'hypertension ; le champ visuel légèrement rétréci à la périphérie.

OG. V = 0,5 — 1 = 0,5

Voyant l'inutilité de nos efforts pour améliorer sa vue avec des verres correcteurs, la malade est partie sans vouloir se soumettre à un traitement.

OBSERVATION XIII. (M. Jocqs)

Uvéite

Madame M. L..., 38 ans ;

A eu trois enfants, accouchements à terme, la dernière grossesse date d'il y a cinq ans.

Menstrues régulières, pas de troubles utérins notables. Depuis trois mois environ, la malade souffre de l'estomac, elle éprouve des crises douloureuses, suivies de nausées, au début de ses repas ; appétit capricieux ; constipation opiniâtre.

OD. Le début des troubles oculaires remonte à dix-huit mois environ ; ils consistaient uniquement en une légère rougeur périkératique, accompagnée de douleur peu intense qui se caractérisait par une gêne oculaire et une lourdeur sus-orbitaire.

Après chaque crise, l'acuité visuelle baissait toujours, mais la malade n'en souffrait pas trop, car l'œil gauche n'a pas été atteint.

Actuellement, les crises sont devenues plus fréquentes et surtout plus douloureuses, depuis quelques jours la douleur est même continue ; la malade sent son œil, suivant sa propre expression.

L'examen ophtalmoscopique dénote une légère rougeur périkératique ; la chambre antérieure est réduite d'un quart environ ; la pupille est étroite, irrégulière, les synéchies postérieures sont presque totales. La tension intra-oculaire est augmentée T = + 1. Le champ visuel semble rétréci du côté nasal, mais la faible acuité de cet œil ne permet pas d'en donner une détermination exacte.

Les exsudats pupillaires, joints à l'étroitesse de la pupille empêchent d'éclairer le fond de l'œil.

OD. V = 1/50

OG. Cet œil n'a jamais été atteint, et présente une acuité normale V = 10.

Traitement. — Localement, l'iridectomie semblait nécessaire, mais la malade préfère attendre encore quelques jours malgré le danger qu'il y aurait à ne pas intervenir aussitôt. Comme traitement général, on prescrit le calomel, à la dose de 0,03 centigr. par jour, et deux fois par semaine à la dose de 0,06 centigr. comme léger purgatif.

OBSERVATION XIV (*Personnelle.*)

Uvéite

Madame D..., 81 ans. — Se présente à la consultation de Saint-Germain-en-Laye, au mois d'août 1906, parce que sa vue baisse de plus en plus et qu'elle ne peut plus l'améliorer malgré les nombreux verres correcteurs dont elle a fait l'essai.

L'œil droit, en effet, a une acuité de 1/20.

A l'œil gauche V = 0,1. Sans amélioration.

Elle n'a jamais souffert des yeux; seulement depuis six mois environ, ils sont souvent rouges, et elle ressent une certaine gêne, de légers tiraillements.

Ce début coïncide du reste avec un mauvais état général. A cette époque, en effet, elle a beaucoup souffert de l'estomac, et aurait eu un zona très douloureux. Depuis trois mois, cependant, son état s'est amélioré ; elle ne se plaint plus que de ses yeux.

OD. A l'éclairage oblique, on voit une légère injection périkératique, limitée surtout à la région du limbe : la cornée est normale ; mais l'iris est très irrégulier ; peu d'exsudats, par contre de nombreuses synéchies postérieures.

Au miroir plan, on voit des opacités cristalliniennes qui expliquent, en partie, cette faible acuité visuelle. Le fond de l'œil est inéclairable. Le tonus de l'œil est de + 1.

OG. — Les lésions iriennes sont moins avancées ; il existe quelques synéchies postérieures, surtout en haut et en dedans ; les opacités du cristallin sont moins abondantes ; la pupille semble un peu floue, mais il est difficile de déterminer si ce trouble est dû au cristallin ou à de légers flocons du corps vitré.

13 octobre 1906. — La malade revient, car des phénomènes douloureux se sont produits du côté de son œil droit. L'œil est injecté, la chambre antérieure amoindrie, l'hypertension de l'œil est manifeste. T = + 2.

L'iridectomie montre que tout le plan postérieur épithélial de l'iris est adhérent à la cristalloïde antérieure, et qu'il est difficile de l'en détacher. Il reste après l'iridectomie un pointillé brunâtre qu'on voit nettement à l'éclairage oblique.

L'adhérence ne se fait donc pas uniquement sur le bord pupillaire, et il ne suffit pas de détacher l'iris à ce niveau pour rétablir la communication entre la chambre antérieure et postérieure. Le plus souvent toute la partie supérieure de l'iris est prise et accolée en masse contre la cristalloïde, et demande une large iridectomie.

8 novembre. — L'œil a repris sa consistance normale, il n'est plus douloureux, mais l'acuité visuelle a encore baissé, elle est de 1/50.

CONCLUSIONS

L'iritis chronique, plus fréquente qu'on ne le croit en général, échappe souvent à l'examen clinique parce qu'elle ne se présente pas avec les caractères habituels de l'iritis.

Parmi les formes diverses que peut prendre cette affections irienne, il en est une, l'*uvéite* qui a plus particulièrement attiré notre attention. Elle s'en distingue par sa symptomatologie, son évolution, qui lui sont particulières ; enfin sa pathogénie n'entre pas dans le cadre des autres variétés d'iritis chroniques.

Si ces affections reconnaissent, pour la plupart, une origine endo-infectieuse, l'uvéite nous a paru le plus souvent devoir être attribuée à une toxhémie par défaut d'élimination et résorption de certains produits excrémentiels.

Si, chez cette catégorie de malades nous avons pu éliminer comme étiologie un foyer infectieux, c'est-à-dire microbien, il nous a été difficile, dans l'organisme en déchéance, de déterminer exactement l'organe agissant comme émonctoire insuffisant ; nous croyons cependant que l'uvéite est l'indice d'un mauvais état général, qu'elle indique le mauvais fonctionnement d'un rouage important, qu'il appartient au médecin de rechercher.

La marche de l'uvéite est insidieuse ; et, là est son danger, car les malades se préoccupent peu d'une affection dont la gêne, au début, est minime.

A une période plus avancée cette forme d'iritis tire sa principale gravité des synéchies postérieures, qui, non seulement troublent ou abolissent la vision, mais peuvent donner lieu au glaucome.

Le traitement général est d'une importance capitale ; par contre, la thérapeutique locale est assez limitée.

La principale indication sera d'empêcher la formation des synéchies postérieures ; mais il est rare de voir un malade consultant dès les premières atteintes de la maladie. Le plus souvent, on ne peut que constater les synéchies postérieures et quelquefois même l'occlusion pupillaire.

C'est ici qu'intervient l'iridectomie ; mais, à notre avis, cette opération est beaucoup plus utile pour lutter contre l'hypertension oculaire résultant des synéchies postérieures, que pour arrêter la marche de la maladie.

Enfin dans les cas de cécité par occlusion pupillaire, on peut recourir à l'extraction du cristallin, opération qui a été suivie d'un heureux résultat, dans le cas que nous rapportons.

Vu, Le Président de thèse.
RECLUS

Vu : le Doyen
DEBOVE

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

CHATELET. — Iritis séreuse. (*Thèse de Paris*, 1891).

COHN (Salo). — *Uterus und Auge. — Eine Darstellung uber Funktionen und Krankheiten des weillichen Geschlechtsapparates in ihrem pathogenen Einfluss auf das Schorgan.* WIESBADEN, 1890.

DENIS. — Etude sur la nature et le traitement de certaines formes d'irido-choroïdites (*Thèse de Paris*, 1872).

DENIAU. — Influence des maladies de l'appareil utéro-ovarien sur le système oculaire de la femme. (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1880, 20 septembre).

ESPINAT. — Contribution à l'étude des irido-choroïdites métritiques. (*Thèse de Paris*, 1895).

FUCHS. — Traité d'ophtalmologie, 1906.

GENDRON. — Étude sur quelques cas d'affections oculaires d'origine utérine. (*Thèse de Paris*, 1890).

GISSELBRECHT. — Contribution à l'étude des métastases oculaires infectieuses. (*Thèse de Nancy*, 1901).

GRANDCLÉMENT. — Nouvelle contribution à l'étude de l'uvéite irienne, 1897.

GROYER. — Les affections des yeux et l'auto-infection gastro-intestinale. (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1905).

CH. JANOT. — Contribution à l'étude des rapports morbides de l'œil et de l'utérus. — Œil utérin, 1892.

JOCQS. — Causerie clinique sur les affections oculaires latentes (1896).

— Valeur séméiologique de certains troubles oculaires (1899).

— Ténonite suppurée métastatique. Métastases oculaires (1905).

DE LAPERSONNE. — De l'uvéite dyscrasique (EXTRAIT DU *Bulletin médical du Nord*, 1889).

— Iritis, fonction d'état infectieux (*Bulletin médical*).

LERAT. — Essai sur certaines lésions de nutrition de l'œil liées à la menstruation.

NOBLET. — Essai sur les affections oculaires liées à la menstruation. (*Thèse de Bordeaux*, 1889).

OURSEL. — Contribution à l'étude des affections oculaires dans quelques troubles de la menstruation. (*Thèse de Paris*, 1885).

PANAS. — Rôle de l'auto-infection dans les affections oculaires. (*Société d'ophtalmologie française*, 1897).

POIRIER. — Traité d'anatomie.

PUECH. — De l'influence de la menstruation sur l'apparition d'accidents oculaires. (*Archives d'ophtalmologie*, 1889).

QUINQUAUD. — Des métastases. (*Thèse d'agrégation*, 1880).

SALIES. — De l'iritis dans la pathologie générale (*Thèse de Paris*, 1894).

SAINT MARTIN. — Iridectomie dans les iritis à rechute. (*Thèse de Paris*, 1886).

TROUSSEAU. — Iritis et irido-choroïdites infectieuses. (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, fév. 1894).

— Iritis cataméniale. (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 1890).

TRUC (H.). — Contribution à l'étude des rapports morbides de l'avortement et des affections oculaires. Irido-choroïdite plastique consécutive à un avortement provoqué. (*Nouveau Montpellier médical*, 1892).

DE WECKER. — Iritis métritique (*Semaine médicale*, 29 avril 1891, n° 22, p. LXXXVI).

DE WECKER ET LANDOLT. — Traité complet d'ophtalmologie, 1888.

VIDAL. — Des troubles ponctués dans la face postérieure de la cornée. (*Thèse de Lyon*, 1894).

Imp. Alfred LECLERC, Paris

DES

HÉMORRAGIES

DANS

L'INSERTION VICIEUSE DU PLACENTA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	**MM**
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	A. GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	G. POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY HAYEM DIEULAFOY
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER
Clinique des maladies syphilitiques	GAUCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER RECLUS
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BEZANÇON	DUVAL	LEGUEU	RENON
BRANCA	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MAILLARD	des trav. anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBÉ	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL, agrégé

Par délibération en date du 9 déc. 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.